

Técnicas de entrevista médico-psicológicas

Dr. Rodolfo López Hartmann

RESUMEN

Para brindar al paciente una ayuda adecuada y significativa, se requiere establecer una alianza terapéutica entre terapeuta y paciente, una alianza basada en una relación de confianza: de empatía y simpatía. En este artículo, se señalan once acciones para una adecuada atención psicológica del paciente.

PALABRAS CLAVE

Relación terapeuta-paciente, Alianza terapéutica, Confianza, Comunicación.

La base de un tratamiento efectivo entre médico o psicólogo con su paciente parte de una alianza terapéutica entre ambas personas fomentando una confianza mutua. El psiquiatra peruano Dr. Carlos Alberto explicaba que cuando dos personas se conocen, hay una transición del “en-contra” al “encuentro”. Según él, el “en-contra” es una actitud inconsciente defensiva que tenemos todos, producto de una reacción instintiva de conservación del individuo y la especie. Con el “en-contra” procuramos medir automáticamente las fuerzas de un enemigo potencial preguntándonos cosas como *¿“qué quiere? ¿Es más fuerte que yo? ¿Me puede hacer daño?”*. Estas interrogantes aparecen y se despejan inconscientemente en fracciones de segundo, después de observar a la persona que se acerca o recién se conoce. En términos modernos, sería como un *escaneo rápido*, automático e inconsciente. Una vez que se superan las dudas y se toman las previsiones psicológicas para responder a cualquier amenaza, surgen y se expresan comunicaciones no verbales (gestos, posición del cuerpo, las manos, expresión facial y corporal), el tono de voz y las mismas palabras de saludo o presentación produciendo el “encuentro”, que inicia una relación inter humana. Ocurre todo el tiempo entre dos personas extrañas, y la relación terapeuta-paciente no escapa de esta programación paradigmática de nuestra mente, desarrollada evolutivamente como un proceso de *“evaluación del riesgo potencial”* que nos permite analizar a otras personas y el ambiente inmediato con naturalidad. Gracias a este mecanismo, nos

adaptamos continuamente a las necesidades de nuestro mundo social.

En este contexto, es comprensible que el cerebro tenga áreas corticales bastante amplias en la base posterior, encargadas específicamente de analizar rostros humanos, y que el hemisferio derecho se especialice en analizar el lenguaje no verbal, los tonos, gestos y significados emocionales de la voz y los rostros de nuestros semejantes.

La confianza es la base de una alianza terapéutica entre un terapeuta y el paciente. La capacidad técnica de acercamiento inter humano por parte del profesional se basa en la empatía, que se define como la apreciación por parte del profesional de lo que está pasando el paciente. A su vez, la simpatía se entiende como la apreciación positiva de una a otra persona. Para el paciente la empatía es más significativa que cualquier otra técnica de entrevista o de exploración que pueda hacer el terapeuta. En la década de 1990, Daniel Goleman explicó que la “inteligencia emocional” es más importante para el éxito profesional que la inteligencia racional. La empatía implica la simple capacidad de ponerse en el traje del prójimo, o de calzar sus zapatos.

Las siguientes son enseñanzas que da la práctica de la medicina orientada a la atención psicológica del paciente y es una de las bases de la psiquiatría clínica.

-
- 1. Prestar atención a la comodidad del paciente.** No se refiere solamente al aspecto físico, sino a preservar la confidencialidad y la dignidad de la persona, a pesar de las limitaciones del ambiente. El médico o terapeuta tiende a adoptar una actitud paternal hacia el paciente y frecuentemente le habla “de arriba abajo”. Algunos ocultan su inseguridad personal utilizando un lenguaje excesivamente técnico o murmurado, sin entrar en explicaciones comprensibles para el paciente. Pueden omitir hasta presentarse y explicar las actividades que se hacen. Lo ideal es que médico/terapeuta y paciente interactúen estando cómodos y mirándose a la altura de los ojos. El médico/terapeuta puede sentirse más cómodo si enfoca un punto entre las cejas, la punta de la nariz o el punto por encima del medio de los labios, para mantener la mirada en el rostro sin incomodar con la mirada directa.
 - 2. Recordar lo básico.** La comprensión entre médico/terapeuta y paciente es más importante que seguir cualquier técnica. Es necesario evaluar el nivel de comunicación que se establece desde las primeras palabras. Más de una vez el doctor piensa que le han entendido para desilusionarse poco después cuando hace una pregunta sobre lo que “acaba de explicar”. Hay que evitar esta vergüenza siguiendo estas recomendaciones: No apurarse. No hacer dos preguntas al mismo tiempo. Se prefiere una pregunta abierta a una dirigida; no se debe hacer preguntas que pidan respuestas negativas, por ejemplo: “*No ha tenido ninguna experiencia como oír voces, ¿no es verdad?*”. Se debe evitar ser prejuicioso; no dar un valor moral a la pregunta, por ejemplo: “*¿Ha tenido cualquier tipo de pensamientos desagradables y obscenos?*”. Por otro lado, se sugiere usar comentarios facilitadores, tales como: “*ya veo... cuénteme más... y cómo le afectó eso?... continúe...*”. También es válido pedir ampliación o aclaración de la información. Se puede decir: “*Si, yo también quiero saber más acerca de... o bien,... me podría explicar lo que quiso decir con eso,... No estoy seguro de haber entendido...*”, sin perder la confianza, al contrario, demostrando genuino interés y profesionalismo en la técnica de entrevista.
 - 3. No tenga miedo de ser sí mismo, de mostrarse como es.** No hay estereotipos marcados del profesional ideal. Todos somos humanos. Lo importante es irradiar confianza desde el primer momento. Si el paciente hace un chiste, uno se debe reír. Si el o la paciente desean saber alguna información personal del médico -de dónde viene, dónde estudió, si es casad@ o tiene familia- se puede contestar. La idea de que la relación médico-paciente es unilateral, donde el paciente pone todo y el médico nada, es un mito. El paciente -más si es mujer, gracias a sus habilidades de comunicación naturales- va a captar inconscientemente la congruencia entre lo que comunica el médico y la realidad. Recuerde que el contacto físico es “una droga potente”, que como cualquier droga, puede tener efectos secundarios. Hay momentos apropiados para tocar la mano o el hombro del paciente, pero siempre con autenticidad y no por meras poses. La mirada, la sonrisa y la palabra deben surgir espontáneamente. La decisión de cuándo tocar o no tocar a la persona se aprende con la experiencia. A veces, se puede tocar al paciente con la mirada, la expresión o un gesto de preocupación, tan o más efectivamente que con la mano.
 - 4. Fomentar la expresión de sentimientos.** Es posible que algunos pacientes tengan restricciones culturales en cuanto a la expresión del afecto. En la cultura altioplánica, es muy frecuente la expresión de llanto, culturalmente ligada a la autenticidad de llorar cuando se cuenta un agravio, dolor o sufrimiento. Si el paciente se pone a llorar, no significa que algo falló en la entrevista. Dos emociones humanas comunes son la pena y el enojo. Ambas deben ser percibidas (empáticamente) para estimular que el paciente las libere y se sienta mejor. El miedo casi siempre acompaña al paciente ante el médico/terapeuta. En realidad, muchos miedos entran por la puerta con el paciente, incluido el miedo a lo desconocido y a la enfermedad incurable. En sentido contrario, hay una situación en la que no se debe

fomentar la expresión de emociones, y es cuando el/la paciente se encuentra fuera de control mostrando un volumen de voz cada vez más fuerte, mayor tensión física corporal, mayor expresión ocular y facial de descontrol, etc. En estas circunstancias, el entrevistador debe demandar que se vuelva al control.

5. **Considere al paciente en términos de su desarrollo.** Hoy se entiende que el desarrollo y crecimiento emocional no se detienen a los 21 años. Todos pasamos y pasaremos por etapas de transición, como la niñez, adolescencia, juventud, madurez, adulto mayor, senectud y ancianidad. Los roles del ser humano van cambiando con la edad y con las situaciones laborales y sociales. Cada edad tiene sus afanes, y la vida pasa por muchas estaciones y climas cada vez. La perspectiva del desarrollo también se amplía con la experiencia, y con el contacto con personas de diferentes edades y generaciones. El médico/terapeuta ganará con entender y explicar al paciente -cuando sea prudente y necesario- que su situación está relacionada con “el factor edad”. Cuando alguna realidad sea incómoda, se puede hacer gala del humor.
6. **Recuerde que el paciente estará más asustado que uno.** Un paciente puede pensar que el/la terapeuta está muy apurado y comenzar a hablar a tropezones, sin querer. Puede interpretar lo que le pasa, en lugar de explicar lo que el médico o terapeuta generalmente espera, que es la descripción de sus síntomas y molestias, generándole impaciencia. Si el galeno se sintoniza en un ritmo apurado, puede omitir datos sumamente ricos de información para aclarar el diagnóstico y guiar la terapéutica. El paciente puede tener vergüenza de contar sus síntomas, de mostrar su debilidad o dependencia, su ignorancia en salud, o sus prejuicios. Puede anticipar que el facultativo se va a burlar de él o contarle a otras personas de su comunidad, familia o medio social sobre sus defectos o debilidades. Es fundamental devolver seguridad al paciente a cambio de su confianza. Un profesional no debe tener vergüenza de confesar sus limitaciones de conocimiento, experiencia, capacidad técnica

o habilidad. Es mejor decir “*prefiero que su caso lo veamos con otro colega para decidir mejor*”, o bien, “... *quisiera que su caso lo vea un colega de mayor experiencia en su patología, ... primero hagamos una tomografía, ... unos análisis... necesitamos una evaluación neuropsicológica... para no andar en la oscuridad*”. De nuevo esto demuestra interés y profesionalidad, así como sencillez y deseos de dar la mayor seguridad y confianza al paciente.

7. **Decirle al paciente lo que uno piensa que puede estar sintiendo.** Esto se logra con la experiencia, pero se parte de la premisa de que cuando el profesional aprende a leer el lenguaje no verbal y afina su capacidad empática, no va a estar muy lejos de tener razón en identificar los sentimientos ajenos. Se puede preguntar: “*¿me puede describir su reacción ante lo que me acaba de contar?*” O bien: “*me puedo imaginar que se sentía muy afectad@*”... “*lo comprendo...*”, para confirmar lo que uno presiente, y seguidamente aclarar al paciente que lo que tiene son sentimientos de frustración, temor, enojo, desconcierto, desconsuelo, inseguridad, entre muchos otros. Uno puede decir: “...*veo que esto le causa (...), pero no se preocupe, ... tiene solución ... se puede arreglar...*”, etc. Un clínico puede perder una buena oportunidad de crear un nexo terapéutico cuando reconoce los sentimientos de los pacientes y no comunica su impresión al sufriente o su familia.
8. **Cuando se pone lenta o improductiva una entrevista, trate de repetir las últimas palabras del paciente.** Esta técnica fue popularizada por el psicólogo Carl Rogers (1951), quien pensaba que era no directiva y estimulaba a los pacientes a continuar en la dirección más cómoda para ellos. A veces, es bueno decir: ... “*Ajá... entiendo... siga*”. La contraindicación o falla en esta técnica es que se deje ir al paciente donde quiera. El médico/terapeuta debe obtener la información necesaria, y a veces es necesario ser directivo. Simplemente con asentar con la cabeza o la vista, se dice mucho.

9. No tenga miedo de “preguntar lo in preguntable” Si el médico/terapeuta está sintonizado con sus sentimientos y los del paciente, puede detectar que el paciente está muy asustado o encerrado en sí mismo. Se puede dar el caso de la ideación suicida que no ha sido verbalizada. Muchos pacientes piensan en la muerte, pero sienten o creen que no pueden decírselo a nadie. Si se sospecha de abuso sexual, trastorno sexual, alcoholismo o uso de sustancias, de relaciones extramatrimoniales, maltrato infantil o cualquier otro tema socialmente “delicado”, es mejor aclarar qué es lo que está pasando, y cómo se relaciona con sus síntomas, nuevamente para “no ir en la oscuridad”. Muchos pacientes temen a una enfermedad incurable, discapacitante, mutilación o humillación, a que se sepa que es adoptad@, a que se sepa un antecedente familiar. Generalmente, un paciente es capaz de dar señales para que el médico/terapeuta pare ahí sus preguntas. Pero con mayor frecuencia, va a abrir su corazón con un diluvio de alivio y gratitud por haber encontrado una comprensión a su angustia privada.

10. Un terapeuta debe saber cuándo guardar silencio. Cuando un paciente llega en su relato a un punto que va a descubrir algo incómodo, con frecuencia prefiere guardar silencio. Éste puede volverse perturbador en la situación de entrevista, así que el terapeuta debe saber cambiar de tema con tacto y naturalidad. Se debe saber también cuándo tomar ventaja del silencio para aprovecharlo. Cuando el paciente calla, es también prudente callar. La presión se va a ir montando, y el médico puede entonces mirar por encima del paciente para señalar que le toca su turno de hablar. Usualmente, el

paciente sigue contando al doctor lo que verdaderamente le está incomodando. Muchos entrevistadores harían bien en oír más y hablar menos. A veces, es mucho más fácil sacar el recetario y prescribir algo para dormir, que preguntar directamente al paciente: “¿qué es lo que le está quitando el sueño?” mirándole a los ojos. Entonces, se puede decir algo neutro, por ejemplo: “ *siga adelante -Sí, continúe... Estoy escuchando...*” (con el gesto corporal apropiado, ya sea acercándose un poco, o inclinando un oído, etc.).

11. Prestar atención al lenguaje corporal. Un dentista sabe que un paciente está tenso o está sintiendo dolor durante un examen o procedimiento sin que el paciente lo pueda hablar. Una salivación repentina, una contractura, fruncir los ojos, etc., ya le dicen bastante. Igualmente, un médico/terapeuta debe que estar con todos sus canales sensoriales abiertos para captar todas las formas de comunicación que puede tener un paciente. A diferencia de la lengua, el cuerpo raras veces miente. El lenguaje corporal puede ser fundamental para el “encuentro” durante los primeros minutos de la entrevista. Observe la posición que toma el paciente y cómo se mueve. Observe cómo se siente o se para, cómo busca o evita el contacto visual, etc. El lenguaje corporal es una fuente confiable de comunicación para todos los humanos, y antecede evolutivamente al lenguaje verbal. El truco del médico/terapeuta -que se gana con la experiencia- es de estar *consciente* de lo que se está observando. Mirar más que con los ojos, con el corazón. Saint Exupery dijo: “*el corazón tiene razones que la razón desconoce*”.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

GOLDMAN, H. “La entrevista psiquiátrica”. *Review of General Psychiatry* (pp. 203-205).

BALINT, M. (1972). “The doctor his patient, and the illness” [En red]. Univ. Press.

SEGUÍN, C. A. (1978). “El médico y su relación con el paciente” (Policopiado). Lima: UNMSM.

SEGUÍN, C.A. (1978). “El eros terapéutico” (Policopiado). Lima: UNMSM.

ROGERS, C.L. (1951). *Client –centered therapy*. Houghton: Mifflin.